LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Du redressement forcé des bossus, par M. Delore, 209. — **Hygiène** : Sur un nouveau procédé d'application de l'aldéhyde formique, par M. Frenkel, 212. — **Bibliographie** : La prostitution clandestine à Paris, par le Dr Commenge, 214. — **Revue de la presse** : Les globules rouges dans l'ictère des nouveau-nés, par W. Knœpfelmacker, 215. — **Académie de médecine** : *Séance du* 30 *mars* 1897. Présidence de M. Caventou. — Radiographie, 215. — Obstruction intestinale par le salol, 215. — Urétéro-pyélo-néostomie, 215. — Appendicite, 216. — Des mesures à prendre en l'absence d'une loi sur la vaccine obligatoire, 216. — Gastro-hystérectomie, 216. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 26 *mars* 1897. Présidence de M. Debove. — Appendicite et péritonite hystérique, 216. — Nephroptose et appendicite, 217. — Appendicite et vomissements nerveux, 217. — Bactériologie de 20 cas d'appendicite suppurée, 217. — Histologie pathologique de 21 cas d'appendicite, 217. — Appendicite et grossesse, 218. — Infantilisme, 218. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du* 27 *mars* 1897. Présidence de M. Bouloumié. — Rapport sur un cas de fracture isolée de l'atlas, 220. — **Société de chirurgie** : *Séance du* 31 *mars* 1897. Présidence de M. Delens. — Extirpation des kystes hydatiques du foie par la méthode de Lannelongue, 221. — Amputation de Syme, 221. — Rupture totale ancienne du moyen adducteur de la cuisse. Suture. Guérison, 222. — Perforation de la cavité palatine. Oblitération par lambeau de la joue et de la lèvre. Guérison, 222. — Coup de couteau au niveau du tiers supérieur de l'humérus. Section du radial. Suture des deux bouts. Retour de la sensibilité pendant quinze jours. Pulvérisation et guérison, 222. — **Memento Pratique** : Posologie infantile, 222. — **Variétés** : L'affaire Thomson, 222. — **Intérêts Professionnels** : Examen professionnel des médecins. — Limitation de la scolarité des étudiants, 223. — **Nouvelles**, 224.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Du redressement forcé des bossus (1)

Par M. Delore (de Lyon),

Correspondant de l'Académie de Médecine.

Cédant aux sollicitations amicales de quelques collègues parisiens et lyonnais, j'écris cette petite note tardive au sujet de la priorité du redressement des bossus, mais je n'ai qu'un médiocre espoir de la voir réussir, car il est difficile de remonter le courant de l'opinion publique.

Il y a plusieurs espèces de bossus. On est bossu parce qu'on a une *scoliose*, ou un *mal de Pott*, ou même certains *torticolis* comme j'en ai cité des exemples.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 13 mars 1897.

Contre ces déviations diverses de la colonne vertébrale, j'ai appliqué le *redressement forcé*, suivi de *suspension* et de l'application d'un *bandage inamovible*, dès 1864.

Ce fut Blanc, le mécanicien orthopédiste bien connu, qui, peu d'années avant sa mort, installa mon système de suspension dans l'ancienne salle d'opérations de la Charité où l'on en voit encore des vestiges.

Depuis cette époque déjà lointaine jusqu'en 1878, où mon exercice de chirurgien en chef prit fin, j'ai redressé un assez grand nombre de scoliotiques et de gibbeux, en présence des élèves qui fréquentaient l'hôpital. Un d'eux, M. le Dr Lutaud, veut bien me rappeler obligeamment que pendant son internat provisoire à la Charité, en 1869, il m'a servi d'aide pour des opérations de ce genre. Je pouvais donc considérer cette méthode comme mienne, et je me réservais de la publier plus tard. Je dois avouer que la nature de mes occupations me laissait peu alors la liberté d'esprit nécessaire pour féconder l'idée si rationnelle du *redressement forcé* des déviations de la colonne, comme je l'avais fait pour le *torticolis*, le *pied-bot*, le *genu-valgum* et les *ankyloses des membres*. Aussi ai-je été médiocrement surpris de voir la suspension avec bandage inamovible se répandre partout en 1875 sous le nom de *Méthode de Sayre*; or, ce chirurgien appliqua son premier bandage en 1874; il était provisoire et il en redoutait tellement l'effet qu'il se hâta de le fendre de crainte d'asphyxie!

Pendant ce temps, à la Charité de Lyon, les internes, ou les employés de la maison Blanc, appliquaient couramment les bandages du tronc en y comprenant la tête pendant la suspension.

Mon idée dominante à cette époque était de soulager la colonne vertébrale du poids de la tête. Je considérais que l'action permanente de ce corps lourd était la cause principale de la difformité des scolioses et des gibbosités, et je pensais que le bandage soutenant la tête était bien supérieur aux minerves les plus parfaites.

Pour obtenir le redressement des maux de Pott, je ne me bornais pas à la suspension; je faisais des pressions sur la gibbosité et son pourtour, mais avec une grande prudence. Je n'ai pas fait de publication spéciale à cet égard. Cependant, dans le mémoire que j'ai présenté en 1878 à l'Académie, sur le torticolis postérieur, il y a parmi les 17 observations plusieurs cas de déviation de la colonne et même de gibbosités. La *Gazette hebdomadaire* a imprimé ce travail accompagné de

8 photographies; on y trouve l'exposé de ma méthode, c'est-à-dire l'anesthésie, les efforts de redressement et l'application de l'appareil inamovible pendant la suspension.

Par le fait du hasard, sans doute, j'ai fait deux tentatives de vulgarisation de ma méthode qui ont avorté toutes deux. Un mémoire lu en 1879 à la *Société de médecine* de Lyon n'a pas été imprimé et un autre remis à Verneuil en 1893 a été égaré sans doute.

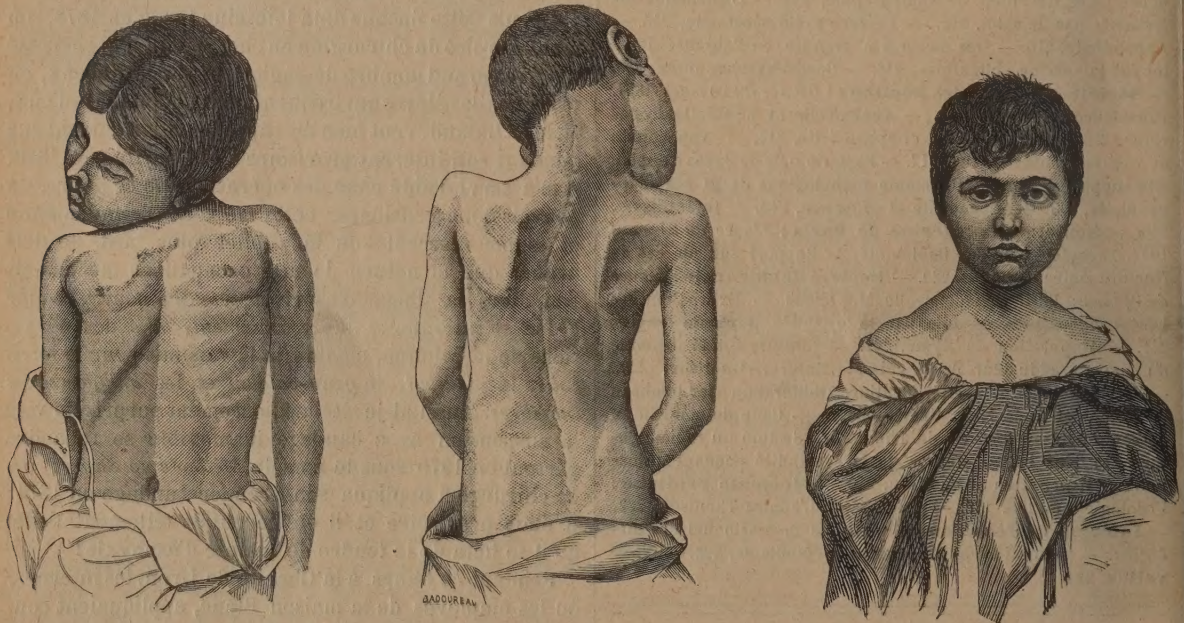
A la *Société des sciences médicales* de Lyon, en 1895, je communiquais un travail sur le *redressement forcé de la scoliose* qui parut dans le numéro de mars du *Lyon médical*. J'indiquais ma méthode de traitement: le bossu, après anesthésie, est couché sur un lit à plan résistant; en même temps que les aides exercent des tractions sur les membres inférieurs, le chirurgien détermine des pressions énergiques sur la partie saillante de la bosse, en faisant porter à faux le côté opposé au moyen de coussins. Si la résistance est trop grande pour la force manuelle, on peut s'aider d'un levier.

On solidifie ensuite la colonne redressée avec un appareil inamovible appliqué pendant la suspension. Ces manœuvres peuvent être renouvelées au bout d'un mois.

J'ignore si mon travail, imprimé cette fois, a encore passé inaperçu, mais il a visé exclusivement la scoliose et ne concernait en aucune façon le mal de Pott, au sujet duquel je ne me souviens pas avoir rien écrit.

Il y a un mois et demi, M. Calot, de Berck, a fait une communication fort remarquable à l'Académie sur le redressement de la difformité du mal de Pott. L'idée originale de M. Calot, et qui lui appartient bien, c'est, de parti pris et quoiqu'il en coûte, d'anéantir la gibbosité, soit par des manœuvres de force, soit en extirpant la cale osseuse. Pour mon compte, j'ai bien fait disparaître un certain nombre de gibbosités. La dernière ce fut à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. A. Pollosson, en 1893.

L'apophyse de l'axis offrait une saillie gibbeuse, qui disparut par le massage forcé, suivi d'un bandage; mais, en général, je regrette de n'avoir pas été aussi loin que M. Calot puisqu'il a obtenu de si beaux succès. Il est vrai que M. Calot dirige un établissement bien organisé, situé sur les bords de la mer; il est donc, pour réussir, dans des conditions bien supérieures aux chirurgiens qui, comme moi, ont exercé au centre d'une grande ville. Il y a plus : les gibbeux de M. Calot ont subi une sélection favorable aux succès opératoires; de toutes parts, on lui envoie, de pré-



férence à Berck, les enfants qui peuvent bénéficier du séjour hygiénique et des soins d'un chirurgien habile: on évite, avec raison, de lui expédier les non-valeurs; dans nul hôpital, on ne trouvera semblables séries et nulle part, par conséquent, on ne réussira aussi bien.

On se tromperait grandement si l'on croyait que le redressement chirurgical des déviations de la colonne est de date exclusivement récente.

Hippocrate (1), déjà, s'efforçait de redresser les bossus avec un entrain juvénile que dépeignent bien les manœuvres suivantes : « Le patient est couché, à plat ventre, sur un plan résistant. Des lacs sont appliqués sous les aisselles après avoir mis les bras au tronc et sur les membres inférieurs reliés au bassin. Pendant que ses aides tirent sur les lacs en sens inverse,

(1) Hipp., *Des articulations*. Edit. Littré, p. 202.

chirurgien presse la bosse, avec la paume de la
n, en s'asseyant dessus, en appliquant le pied. Le
puissant moyen consiste en un long levier en bois,
une extrémité est fixée dans une entaille prati-
e dans la muraille, et l'autre est confiée à un ou
aides, tandis que le plein appuie sur les gibbo-
garnies d'un coussin. »
auchin, au XVII[e] siècle, ayant traité inutilement
de Montmorency, avec une presse à linge, la fit
ntenir par deux hommes vigoureux, pendant qu'il
çait sur la gibbosité une forte pression avec un
appuyé contre un mur. Il continua jusqu'à gué-
n.
es deux citations curieuses montrent que les ma-
uvres de force ont été employées dès l'origine de
e art.

depuis 1864, mais je n'ai fait une publication régulière qu'en mars 1895.

Je terminerai cette note par quelques remarques sur le *manuel opératoire* et sur les *résultats cliniques*.

Le *redressement* s'obtient par un ensemble de manœuvres. L'extension et la contre-extension ne doivent pas être négligées. Si la déformation siège à la région cervicale, on saisit la tête et on fait des efforts progressifs ; il ne faut pas abuser du levier puissant qu'on a entre les mains.

Si la lésion siège dans la région dorsale et que ce soit une *scoliose*, on peut exercer des efforts considérables, soit avec la paume des mains, soit avec le levier d'Hippocrate. Je l'ai rendu plus pratique en modifiant le point d'appui fixe : sur la paroi latérale du lit, j'implante un piton où s'attache une anse de forte corde.

Quant à la suspension, elle date de 1650. A cette
oque, Glisson imagina l'escarpolette anglaise et la
crivit dans son livre *de Rachitidite*.
Peu de temps après, Nuck proposa un collier dans
même but.
Parmi les modernes, Redard est opposé au redresse-
nt brusque, de même qu'aux interventions san-
antes. Celles-ci, d'après lui, ont échoué entre les
ains de Thompson, de White et de Macewen. Elles ont
nné des morts à Demons, Colman, Nivaske, Chipault,
aven et Lloyd.
Les méthodes nouvelles employées par Sayre, Calot
moi comportent essentiellement *l'anesthésie, le redres-
nent forcé*, suivi immédiatement de *l'application
n bandage inamovible*, pendant la *suspension*.
Ces moyens, je les ai mis publiquement en pratique

Cette anse donne appui à son tour à une extrémité du levier, dont l'autre est saisie par un aide ; le milieu presse sur la bosse, le chirurgien dirige la manœuvre. On se doute peu de l'énorme pression que peuvent supporter impunément les thorax d'enfants affectés de scoliose simple. Malgré le nombre assez grand de mes interventions, je n'ai jamais observé le moindre accident. Quand les difformités sont trop anciennes, elles opposent une résistance difficile à vaincre ; mais souvent un très léger effort suffit pour redresser la colonne.

Le grand obstacle ce sont les déformations osseuses des vertèbres et surtout des côtes ; on conçoit alors qu'un long séjour dans un institut orthopédique soit indispensable pour rétablir complètement la forme ; mais même alors l'opération que je propose rendra

les plus grands services en dchirant les adhérences.

Quelques mots sur le bandage! Je professe une indifférence absolue sur la substance du bandage. Il faut employer celui qu'on sait le mieux faire. Cusin était l'artiste du bandage plâtré, et Blanc du bandage amidonné, qu'il consolidait instantanément avec ses excellentes et souples attelles de fil de fer; quant au bandage silicaté il est fort commode.

Dans tous les cas je pose en principe qu'il faut soutenir la tête; c'est l'absence de cette précaution élémentaire qui cause les insuccès légendaires des corsets de toutes sortes.

Il y a une petite difficulté pratique pour faire un joli bandage pendant la suspension : voici les deux procédés par lesquels je l'ai tournée :

Si le sujet doit être endormi, je lui fais appliquer la

veille une légère capeline silicatée, munie d'une boucle au sommet. Cela suffit pour rendre facile l'application du bandage qui relie la tête au tronc pendant la suspension.

Si l'opéré est raisonnable et bien éveillé, je soulève la tête avec une mentonnière faite de deux bandes de tarlatane faufilées et reliées avec une autre bande passant sous la nuque. Ces légers tissus restent sous le bandage qui les englobe sans inconvénient.

Encore un autre détail pratique : si le ventre par suite de la situation déclive de la lésion doit être pris complètement dans le bandage, j'ai soin d'y placer préalablement plusieurs mètres de coton ouaté, que j'enlève par une courte incision au moment de la dessiccation des bandes; de cette façon je n'ai jamais observé la moindre gène respiratoire.

Résultats thérapeutiques. — Je ne suis pas à même fournir une série d'observations, ayant quitté n service de la Charité à la fin de 1878, au moment p cis où j'avais des idées très nettes sur le perfection ment de la méthode; j'ai, il est vrai, pratiqué un cert nombre de fois le redressement dans la clientèle civ et mon aide, M. le Dr de la Roche, avait fait exécu dans ce but un appareil suspenseur portatif en 1881 Aubert.

Dans ces conditions je ne puis que donner le résu de mon expérience pratique :

Pour le *mal de Pott*, j'ai obtenu constamment disparition des douleurs en ceinture; la guérison tout au moins l'atténuation de la paraplégie et de l continence d'urine; mais la difformité n'a été modi que dans des cas bien exceptionnels.

Chez les *scoliotiques* j'ai eu quelques guérisons co plètes, soit à l'hôpital, soit à la ville, mais je ne saur trop y insister, les redressements de bossus ne font bien que dans les établissements orthopédiq dirigés par un médecin spécialiste. Là on peut s'oc per efficacement de toutes les variétés de déviation la colonne; mais je ne doute pas que les succès soient plus nombreux et les traitements moins lon grâce aux moyens puissants de redressement que chirurgie vient d'inaugurer.

HYGIÈNE

Sur un nouveau procédé d'application de l'aldéhyde formique (1).

Par M. FRENKEL,
Docteur ès-sciences.

L'appareil et les produits que j'aurai l'honneur vous présenter appartiennent à deux médecins al mands.

M. Rosenberg a construit l'appareil. M. Opperma a préparé les liquides.

La description sommaire du procédé se trouve d la *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, n° 39, 1896.

Frappé par l'ingéniosité du procédé, j'en entrep l'étude au point de vue du fonctionnement, de l'e semble et de la valeur antiseptique des produits.

Les résultats que j'ai obtenus, sont tellement in ressants que je crois pouvoir désigner ce procédé com marquant un progrès considérable de l'antisepsie.

L'appareil est ingénieux par sa simplicité. Un cyl dre creux divisé par une grille au tiers de sa haute en deux compartiments. Les deux bouts du cylindre forment par deux soucoupes tendues de tissu d'amian

La grille est destinée à recevoir un charbon spéc

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séa du 27 février 1897.

, allumé, se consume lentement, sans flamme, sans ur et sans dégagement de gaz nocifs, notamment s production d'oxyde de carbone.

n morceau de charbon se consume en 1 h. 1/2 et duit une chaleur suffisante pour réduire en gaz le uide versé sur une des soucoupes en amiante. Pour longer la vaporisation, on dispose le brûleur de on à tourner le compartiment plus long vers le it.

On superpose alors deux morceaux de charbon supé- ur pour que l'incandescance se communique au arbon inférieur.

Dans ce dernier cas on appose au brûleur une appli- e avec un godet dont l'ouverture inférieure est bou- ée par un tampon d'amiante. Le liquide approvisionné ns le godet tombe lentement, goutte à goutte, sur la ucoupe chaude, et se vaporise.

Le produit qui sert à la désinfection, la *holzine*, est ne combinaison d'aldéhyde formique et d'une petite uantité de menthol, dissoute dans l'*alcool méthylique*. a teneur de la solution en aldéhyde formique est de p. 100. L'aldhéyde formique dans la holzine ne peut polymériser.

On sait qu'en solution aqueuse la polymérisation, est-à-dire la formation du paraformaldéhyde, se fait ès facilement et, lorsqu'on évapore la formaline, une etite partie seulement de l'aldéhyde se réduit en gaz, il se forme dans la solution un corps solide, le para- rmaldéhyde qui n'a plus de valeur antiseptique.

La *holzine*, au contraire, s'évapore entièrement sans aisser aucun résidu.

Ce qui rend encore agréable le maniement de cet ppareil, ce sont les petites quantités de liquide avec esquelles on opère.

Permettez-moi, Messieurs, à présent, de passer à la escription des expériences que j'ai entreprises dans non laboratoire.

J'ai opéré dans un petit cabinet cubant dix mètres.

L'appareil muni de deux charbons était chargé à haque expérience de 30 ccm de holzine dont 15 sur la soucoupe et 15 dans le godet et placé sur le parquet. 10 minutes environ après avoir allumé le charbon, l'air dans la chambre devient irrespirable. Ce sont surtout les yeux qui éprouvent un picotement insupportable et, chose intéressante, jamais je n'éprouvais d'irritation du côté des voies respiratoires.

Dans cette atmosphère je plaçais les capsules et les tubes avec la gélatine ensemencée et je les y laissais séjourner une heure jusqu'à trois heures au maximum.

Il serait fastidieux de vous communiquer en détail toutes les séries d'expériences que j'ai exécutées. Je me borne à vous citer celles qui me paraissent les plus intéressantes au point de vue clinique.

1re EXPÉRIENCE. — Trois capsules de Petri contenant chacune 10 ccm de pepto-gélatine stérilisée et liquéfiée à 37° sont exposées à l'air ordinaire pendant 30 minutes.

L'une est ensuite placée dans la chambre, où se vaporise la holzine, à 70 cm au-dessus du brûleur ; l'autre à 2 mètres au-dessus et à 3 mètres de côté du brûleur.

Les capsules séjournent dans cette atmosphère pendant trois heures.

La troisième capsule est découverte et placée dans l'étuve à 36°.

Au bout de trois heures on lui joint les deux capsules qui ont séjourné dans la chambre de vaporisation. Après dix-huit heures d'étuve les résultats sont les suivants :

Dans la capsule exposée à l'air ordinaire, végétation abondante et liquéfaction totale de la gélatine.

Dans les capsules exposées aux vapeurs de *holzine*, la gélatine reste stérile. Je conserve ces capsules depuis un mois ouvertes, et j'ai constaté leur stérilité parfaite jusqu'à ce jour.

Ce phénomène parait tout d'abord étrange. On se demande comment l'aldéhyde formique, corps volatil, peut conserver la gélatine en état de stérilité même à la longue.

L'explication de ce phénomène réside dans le fait que le formaldéhyde entre en combinaison chimique avec la gélatine et que cette combinaison qui est un corps solide présente un milieu tout à fait défavorable au développement des bactéries.

2e EXPÉRIENCE. — Dans l'expérience précédente les vapeurs de holzine agissaient sur une couche mince de gélatine. Il fallait voir comment se comporterait une couche plus épaisse de milieu nutritif. A cette fin je plaçai dans la chambre d'expériences des capsules plates et des tubes de gélatine ensemencés avec des parcelles de colonie du staphylocoque doré. Le résultat était le suivant. Les capsules restaient stériles, tandis que dans les tubes la surface seulement et jusqu'à la profondeur de 1 centimètre environ la gélatine restait stérile : les parties les plus profondes présentaient un développement, quoique faible, du staphylocoque.

Evidemment, la combinaison solide de gélatine et d'aldéhyde formique présentait un obstacle à la pénétration plus profonde des vapeurs.

3e EXPÉRIENCE. — J'ai voulu me rendre compte du degré de purification de l'air obtenu par la vaporisation de la holzine. A cet effet je plaçai dans un flacon laveur une grande quantité (150 ccm.) de gélatine stérilisée.

Je maintenais la gélatine en liquéfaction en plongeant le flacon dans un vase avec de l'eau tiède, et je faisais passer à travers le flacon l'air de la chambre pendant une heure et demie à l'aide d'un aspirateur.

La gélatine après un séjour prolongé à l'étuve à 30° restait stérile.

4e EXPÉRIENCE. — Des crachats contenant de nombreux bacilles de Koch et des diplococci non capsulés séjournent dans l'atmosphère de holzine vaporisée pendant trois heures. Ensemencés ensuite dans la gélatine ils ne produisent aucun développement bactérien.

Enfin je voudrais mentionner les résultats d'une série d'expériences qui avaient pour but de déterminer le minimum de holzine liquide qui suffit à arrêter toute vie bactérienne. J'ai déterminé ce minimum à 1 partie de holzine liquide pour 3.500.000 parties de milieu nutritif.

Ce même appareil qui avec la holzine produit les effets bactéricides que j'avais cités sert aussi à des vaporisations d'une autre substance, celle-ci destinée à être respirée par des malades. Il ne m'appartient pas de parler des effets curatifs obtenus avec ce médicament dans la coqueluche et dans d'autres affections des voies respiratoires, notamment dans la phtisie pulmonaire. Cette substance, le *holzinol*, est une combinaison de menthol avec une faible proportion d'aldéhyde formique. Je me borne à vous démontrer la manière, du reste très simple, de mettre en marche l'appareil chargé de *holzinol* et de constater que personnellement j'ai éprouvé le plus grand bien d'une pareille inhalation dans une bronchite.

La dose de holzinol à vaporiser dans un appartement est indiquée par les auteurs de la méthode à 1 cc. par 10 mètres cubes d'espace.

A cette dose l'inhalation ne produit aucune irritation. A chaque aspiration on éprouve une sensation de fraîcheur caractéristique très agréable. Les vapeurs provoquent toutefois un larmoiement plus ou moins fort, mais tout à fait passager.

En résumé, voici les côtés spéciaux de cette nouvelle méthode d'application de l'aldéhyde formique.

Pour la désinfection des appartements et des salles d'hôpital on ne peut imaginer d'appareil plus facile à manier et d'un effet plus sûr.

On arrive, avec la holzine, comme nous avons vu, à une véritable *stérilisation* de l'air.

Avec le holzinol on a un moyen de faire respirer au malade les vapeurs d'aldéhyde formique raréfiées par une atmosphère de menthol.

J'ai cru que par ces deux applications ce nouvel appareil et les nouveaux produits méritent une étude attentive de la part des cliniciens.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène Sociale : **La prostitution clandestine à Paris**, par le Dr Commenge (Schleicher frères, Edit., 1897).

Un livre de près de 600 pages gr. in-8., bondé de documents puisés aux sources officielles et minutieusement collationné exige une lecture dans le texte, car une analyse ne peut que l'effleurer. Toutefois un sujet aussi important d'hygiène sociale au premier chef qu'est la prostitution clandestine mérite quelque attention.

La prostitution clandestine est celle qui échappe à la réglementation c'est-à-dire à l'examen médic régulière. C'est ce manque de surveillance qui créé u péril pour la santé publique, et quiconque aura eu so les yeux les chiffres que nous donne l'auteur ne pour que désirer la réglementation de la prostitution et u réglementation stricte, les nombres parlent trop él quemment en cette faveur.

Mais voyons un peu par le menu les faits présent chapitre par chapitre.

Le chapitre I, des causes de la prostitution en gén ral et de la prostitution clandestine en particulier, co tient une série de faits, qui fourniraient facileme matière aux romanciers, en particulier les histoires maisons de rendez-vous.

On peut y étudier la prostituée et la suivre pas à p depuis son départ de province ou la fuite de chez s parents, à moins que ceux-ci fassent eux-même métier d'entremetteur.

C'est ici surtout une étude psychologique, l'ét d'âme de la prostituée et de ce qui l'entoure, souteneurs proxenètes, etc.

La connaissance faite avec la prostituée clandestine nous allons pouvoir la suivre dans sa vie et dans se rapports avec la police et la médecine.

Prise en flagrant délit de racolage ou surprise dan une maison de passe, la prostituée clandestine ou fill insoumise, par opposition à la fille soumise ou inscrite pourvue d'une carte et visitée régulièrement, es amenée à la préfecture de police. Ici toute une enquêt administrative et décision différente selon qu'il s'agi de fille mineure ou de majeure. C'est de quoi s'occup le chapitre II.

Avec les chapitres III et IV nous touchons le côté important de la question, la partie purement médicale.

Toute fille arrêtée est menée au dispensaire de salubrité pour être examinée par les médecins. Une centaine de pages sont consacrées à nous montrer le dispensaire de salubrité et son fonctionnement spécial en ce qui concerne les insoumises, la classification et la statistique des maladies.

Ce qui ressort de cette lecture, c'est la proportion véritablement considérable de filles malades et contagieuses parmi les insoumises. Comme ces filles échappaient à la surveillance, on conçoit le danger qu'elles faisaient courir à la société. Il faut lire les chiffres que publient M. O. Commenge, ils sont instructifs. Les femmes punies par l'administration ou le tribunal sont dirigées sur la prison de Saint-Lazare, les femmes malades sont envoyés à l'infirmerie de Saint-Lazare pour y être soignées ; à leur retour, punies et malades guéries et devant l'être, repassent une visite aux dispensaire. Parfois quelques-unes ont besoin de retourner faire un traitement supplémentaire.

A propos de Saint-Lazare s'élève une grande discussion dans laquelle nous avons, comme médecin, à donner notre avis.

Pour le fond même du sujet, il n'y a pas de doute

l'on doive s'assurer que les femmes atteintes d'affections vénériennes se soumettent à un traitement complet et jusqu'à cessation d'accidents transmissibles. Voilà ce que nous devons affirmer. Cette affirmation catégorique ne va guère avec la liberté entière donnée aux malades.

Il y a des modifications à faire à Saint-Lazare, comme indique M. O. Commenge, mais on ne peut laisser les filles contagieuses en liberté. Du reste on n'a qu'à se reporter à la fin du livre pour se rendre compte de l'effet produit par l'abolition de la réglementation dans les pays comme l'Angleterre, l'Italie, etc. Il s'en est toujours suivi une augmentation des maladies vénériennes constatées officiellement dans l'armée.

Les chapitres VI et VII nous renseignent avec détail sur l'origine des insoumises et sur leurs professions antérieures. Tout le paragraphe qui s'intitule domesticité et prostitution, syphilis chez les domestiques, demande une lecture attentive. C'est un danger difficile à parer. On examine bien la nourrice qui ne peut se placer sans certificat de santé délivré à la préfecture de police, mais les autres domestiques sont admis sans cette formalité.

Le chapitre VIII suit les insoumises à leur sortie de Saint-Lazare. On voit qu'un certain nombre arrive à se relever. Deux œuvres, le Bon Pasteur et l'Hospitalité du travail, y contribuent. Les autres passent des maisons de correction à la rue qui les reprend.

Après un exposé aussi méthodique de la question et qu'un résumé ne peut qu'indiquer dans ses grandes lignes, vient le dernier chapitre, le chapitre IX : inscription et réglementation. C'est la conclusion obligée.

Toutes les opinions y figurent avec les renseignements nécessaires et les documents à l'appui. On y a parlé à tous les points de vue, morale, politique. Il ne faut pas oublier le point de départ médical, le cri d'alarme jeté par les faits. C'est donc une histoire complète de la prostitution clandestine à l'heure actuelle.

L'auteur termine son livre en souhaitant que le lecteur puisse dire : C'est un livre de bonne foi ; on peut ajouter que c'est une œuvre de grand enseignement.

H. GILLET.

REVUE DE LA PRESSE

Les globules rouges dans l'ictère des nouveau-nés, par W. KNŒPFELMACKER (*Wien. Klin. Woch.*, n° 43). — On a souvent cherché une relation entre l'état des globules rouges et l'ictère qui survient chez le nouveau-né peu de jours après la naissance. Voici les résultats auxquels est arrivé Knœpfelmacker dans les recherches qu'il a faites sur le nombre des globules rouges et sur l'état de ces globules.

Le nombre des globules rouges chez le nouveau-né dans les premières semaines est indépendant de l'ictère qui se développe chez l'enfant ; les variations qui surviennent dans le nombre des globules tiennent à des modifications survenues dans les quantités du plasma sanguin.

La résistance des globules rouges au moment de la naissance est la même que pour l'adulte et ne subit pas de modification même lorsque l'ictère est intense.

L'examen microscopique du sang du nouveau-né ne permet de reconnaître dans les premiers jours de la naissance aucun signe de destruction des érythrocytes, mais on reconnaît seulement que les globules rouges du sang subissent une multiplication très active. L'auteur conclut de ces résultats que les globules rouges n'ont aucun rapport étiologique avec l'ictère des nouveau-nés et il se propose bientôt de montrer dans quelle direction il faut chercher la cause de cet ictère.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mars 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

Radiographie. — M. MAREY fait une communication sur un procédé découvert par MM. Rémy et Contremoulin pour déterminer exactement par la radiographie la position d'un projectile métallique dans l'un quelconque de nos organes. Par exemple pour déterminer la place d'une balle dans le crâne on prend deux épreuves radiographiques avec deux tubes de Crookes placés dans des points différents ; ces deux épreuves permettent de faire une épure géométrique qui déterminera exactement la position du corps étranger. Un appareil spécial, rappelant le compas des praticiens dont se servent les sculpteurs, déterminera alors d'une façon mathématique la place de la balle dans l'espace.

Obstruction intestinale par le salol. — M. ALBERT ROBIN présente de la part de M. le Dr Brossard l'observation d'un malade qui eut des phénomènes d'obstruction intestinale terminée par l'évacuation de calculs constitués par du salol. Ce qui est surtout bizarre, c'est que ce salol introduit dans l'organisme à l'état pulvérulent fut rendu sous la forme de cristaux. Le poids total des calculs était de 4 grammes ; le plus gros pesait 2 grammes.

M. A. Robin insiste sur la possibilité de la formation de sable intestinal d'origine thérapeutique et voit là un nouvel inconvénient de l'antisepsie intestinale.

Urétéro-pyélo-néostomie. — M. CH. MONOD lit un rapport sur le cas d'un malade chez lequel, pour guérir une hydronéphrose volumineuse due à mauvais abouchement de l'uretère dans le bassinet, M. Bazy, après avoir évacué la collection par une large incision, sectionna l'uretère et le réimplanta dans le bassinet en un point déclive, favorable à l'écoulement de l'urine.

A propos de cette opération que M. Bazy a appelée urétéro-pyélo-néostomie, dont on peut rapprocher les cas analogues de Kuester, Cramer, Helferich, Finger, etc., M. Monod fait remarquer la tendance de la chirurgie rénale actuelle à être plus conservatrice qu'autrefois.

Dans les cas d'hydro-néphrose fermée ou définitive, en

particulier, alors que jusqu'ici l'ablation du rein semblait la seule ou la meilleure ressource, l'incision du rein lui-même, combinée ou non avec la néphropexie, ou la recherche de l'abouchement de l'uretère dans le bassinet et la section d'un rétrécissement qui siège parfois à ce niveau, ou bien enfin l'urétéro-pyélo-néostomie peuvent, tout en n'entraînant pas le sacrifice du rein, point capital, donner des guérisons complètes et durables.

Appendicite. — M. Reclus. M. Dieulafoy a recueilli de sept à huit cents observations d'entérocolite ne s'étant jamais terminée par appendicite. C'est beaucoup contre les cinq observations d'appendicite succédant à une entéro-colite que j'ai rapportées, mais les cas positifs sont de beaucoup plus importants que les cas négatifs. Des sept à huit cents observations indiquées par M. Dieulafoy, plus des deux tiers appartiennent à M. Potain et à M. Bottentuit, c'est-à-dire qu'elles remontent à 1888 et à 1892, à une époque où l'appendicite n'était pas pratiquement connue. Ce n'est qu'en 1890 que l'appendicite a été connue des chirurgiens, et longtemps elle est restée dans le milieu chirurgical, sans être connue des médecins ; il n'est donc pas étonnant que les auteurs cités par M. Dieulafoy n'aient pas parlé de l'appendicite qui à cette époque n'était pas pratiquement connue.

Pour ma part, de 1890 à 1896, j'ai trouvé une centaine de cas d'appendicite sans avoir relevé l'existence de l'entéro-colite qui n'en existait pas moins. Un malade de 35 ans, comptable, avait eu pendant cinq ans des alternatives de diarrhée et de constipation ; il est pris de crises appendiculaires, il n'entre qu'à la quatrième crise à l'hôpital où je puis constater tous les signes de l'appendicite. Ainsi dans un certain nombre de cas nous nous sommes trouvés en présence d'une appendicite due à une entéro-colite qu'on n'a pas su reconnaître. Je pourrais rapporter plusieurs observations inédites de M. François Frank, de M. Brissaud, de M. Jalaguier. Il en est une autre qui a la rigueur d'une expérience de laboratoire. Une jeune femme de 25 ans, atteinte d'oxyures vermiculaires, eut la fâcheuse idée de prendre un lavement dans lequel pour 250 grammes d'eau elle mit 50 centigrammes de sublimé. Elle eut une entérite très violente, puis huit jours après tous les signes de l'appendicite.

M. Dieulafoy a insisté sur une conversation qu'il avait eue avec M. Bottentuit, médecin à Plombières, où les entéro-colites affluent. J'ai eu de mon côté une conversation avec M. Baraduc, médecin à Chatel-Guyon, où vont également beaucoup de malades atteints d'entéro-colite, avec cette différence que les formes diarrhéiques vont à Plombières, tandis que les formes constipées vont à Chatel-Guyon. M. Baraduc a une opinion très différente de celle de M. Bottentuit ; il a observé au contraire un grand nombre de cas d'appendicite.

A l'heure qu'il est, un grand nombre d'auteurs acceptent cette relation entre l'entéro-colite et l'appendicite : cette discussion à la tribune de l'Académie ne peut que faire affluer des observations nouvelles.

M. Dieulafoy semble croire que la stagnation des matières entraîne l'idée d'appendice descendant et que l'appendice remontant contre-indique absolument cette opinion. Je connais bien l'appendice remontant et cette objection m'étonne.

M. Dieulafoy, voulant répondre à M. Reclus avec des faits précis, prendra la parole dans huit jours.

Des mesures à prendre en l'absence d'une loi sur la vaccine obligatoire. — M. Hervieux, en attendant cette loi tant de fois réclamée par lui, sollicite des pouvoirs publics l'adoption des mesures suivantes : 1° exiger l'application rigoureuse des articles 29, 30, 31 et 32 de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection de l'enfance, articles relatifs à la vaccination des nourrices et des nourrissons, mais aussi des femmes qui se chargent de la garde ou du sevrage de l'enfant ; 2° en vertu des statuts, décrets, circulaires, arrêtés, règlements émanés des différents ministres qui se sont succédés depuis 1809 jusqu'en 1893, exiger la vaccination des élèves au moment de leur admission dans les Ecoles primaires publiques et privées, dans des lycées, pensionnats et maisons d'éducation quelconques, et la vaccination de ces mêmes élèves pour être admis ou maintenus dans les dits établissements lorsqu'ils ont atteint leur dixième année , 3° organiser l'inspectorat médical sur une base assez large pour assurer dans toutes les communes le service des vaccinations et des revaccinations ; 4° exiger de toute jeune femme qui se présente à la mairie pour contracter mariage un certificat de revaccination dûment légalisé.

Gastro-hystérectomie. — M. Mouchet (de Sens) lit une observation intitulée : Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale dans une grossesse de huit mois compliquée de fibrôme utérin.

— A 4 h. 1/2 l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Reclus sur les candidats à la place de titulaire dans la section de médecine opératoire. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Richelot ; en deuxième ligne, M. Peyrot ; en troisième ligne, M. Bouilly ; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Kirmisson, Quenu et Segond.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars 1897. — Présidence de M. Debove.

Appendicite et péritonite hystérique. — M. Talamon. J'ai, il y a dix ans, insisté sur les difficultés que l'hystérie peut ajouter au diagnostic de l'appendicite en décrivant, parmi les formes légères de l'appendicite, la colique appendiculaire simple, la colique appendiculaire avec appendicite pariétale et, en troisième lieu, l'appendicite avec *péritonisme* ou *pseudo-péritonite hystérique*.

Depuis cette époque, j'ai observé trois faits bien propres à mettre en pleine lumière le rôle trompeur de l'hystérie dans le diagnostic de l'appendicite. Dans le premier cas, l'hystérie a donné à une simple colique appendiculaire les apparences d'une appendicite perforante aiguë. Dans le second elle a fait croire à une appendicite chronique à rechutes, et l'erreur est allée jusqu'à l'intervention opératoire. Dans le troisième, la même évolution clinique tendait à s'établir lorsque j'interrompis brusquement la série des crises par une énergique suggestion. Ces trois cas ont été observés et suivis à l'hôpital. Ils offrent, par conséquent, les meilleures garanties.

Dans cette question des rapports de l'appendicité avec l'hystérie, il faut distinguer deux catégories de faits :

1° Les cas où l'hystérie est seule en cause, sans lésions de l'appendice. C'est la *pseudo-appendicite hystérique*. Elle peut se présenter soit sous l'aspect d'une simple colique

ppendiculaire, avec douleurs vives dans l'hypochondre oit, vomissements, hyperesthésie extrême de la zone ystérogène sous-costale (simulant à un examen peu atten- f le point de Mac Burney), soit sous la forme d'une ppendicite avec péritonite limitée, la contraction du uscle droit donnant la sensation d'une tumeur limitée, omme dans le cas de M. Brissaud.

2° Les cas où l'hystérie exaspère et exagère les symptômes 'une appendicite légère (comme elle le fait d'ailleurs pour a plupart des maladies aiguës) jusqu'à fait croire à une ppendicite perforante et à une péritonite diffuse. C'est 'appendicite avec péritonisme hystérique.

Les deux variétés sont importantes à connaître au point le vue pratique. En effet, dans le premier groupe la répé- ition des crises peut conduire à l'idée de la résection de 'appendice pour appendicite à rechutes; dans le second groupe, l'intensité des symptômes pousse le chirurgien à ne intervention précoce qu'on évitera sûrement en pa- ientant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Je suis con- vaincu, pour ma part, que, chez les enfants surtout, les cas de ce genre sont extrêmement fréquents.

La pseudo-péritonite hystérique a, d'ordinaire, des allures suraiguës. Mais elle peut revêtir une forme subaiguë et chronique. On l'appelle alors tympanite ou météorisme hystérique. Dans ces cas, c'est la péritonite tuberculeuse qu'elle simule d'ordinaire, et si elle s'associe à des symp- tômes de colite muqueuse ou muco-membraneuse, l'exis- tence de crises douloureuses, d'alternatives de diarrhée et de constipation, de vomissements, parfois même de fièvre, rend le diagnostic extrêmement difficile.

Nephroptose et appendicite. — M. Siredey a remarqué qu'il existait une coïncidence manifeste entre l'appendicite et le rein mobile; il croit que ces deux phénomènes se rencontrent fréquemment ensemble parce qu'ils accompa- gnent l'un et l'autre l'entérite muco-membraneuse.

M. Mathieu va plus loin encore que M. Siredey et croit qu'il est exceptionnel de trouver la colite muco-membra- neuse sans néphroptose ; il n'y a donc rien de surprenant que celle-ci coïncide avec l'appendicite.

Appendicite et vomissements nerveux. — M. Hayem rapporte l'observation d'une malade chez laquelle des vomissements dits nerveux paraissent avoir été dus en partie à une affection de l'appendice. Une femme de 44 ans, de souche névropathique, névropathe elle-même, présenta pendant une partie de sa vie des vomissements incoercibles que l'on considéra comme nerveux. Puis, un jour, il survint dans la fosse iliaque droite une douleur très vive, avec constipation et vomissements plus accentués encore. La température s'éleva, les vomissements devinrent porracés, on soupçonna une appendicite et la malade fut opérée. On trouva un appendice œdémateux, bosselé, à parois épaisses, adhérentes, et à cavité étroite renfermant un liquide héma- tique épanché depuis longtemps, pas de pus. Après l'opé- ration, les vomissements disparurent. Ce cas montre que des symptômes en apparence purement nerveux peuvent être d'ordre réflexe et tenir à des lésions passées inaper- çues.

Bactériologie de 20 cas d'appendicite suppurée. — MM. Ch. Achard et A. Broca. Dans 20 cas d'appendicite nous avons fait l'examen microbiologique de l'exsudat péritonéal recueilli au moment de l'opération. Les résul- tats se répartissent de la manière suivante :

Coli-bacille seul.....	7 (dont 1 avec perforation).
— avec streptocoques.	5 (dont 1 avec perforation).
— — pneumocoque.	1
— — staphyl. blanc.	1 (avec perforation).
— — strept. et stap.	1
— — Saprop. divers.	2 (avec perforation).
Streptocoque et bac. aérogène.	1
Staphylocoque doré.....	1
Bacille indéterminé.....	1 (avec perforation).

Dans cette petite statistique, le microbe le plus souvent rencontré est celui que les recherches de bactériologie cli- nique et expérimentale faites dans ces dernières années ont mis au premier rang dans la pathogénie de l'appendi- cite, c'est-à-dire le coli-bacille. Il ne nous paraît pas dou- teux que ce microbe puisse exister d'emblée seul dans l'exsudat, car l'un de nous, dans un cas opéré par M. Walther et ne figurant pas sur le tableau ci-dessus, l'a constaté à l'état de pureté dans l'exsudat encore séreux entourant un appendice enflammé.

Cependant, dans nos observations, qui toutes sont rela- tives à des exsudats purulents, il est impossible de ne pas remarquer que, dans une forte proportion de cas (10 fois), le coli-bacille était associé à d'autres espèces, parmi les- quelles dominait le streptocoque (6 fois).

Cette fréquence du streptocoque laisse à penser que, sui- vant l'opinion de certains auteurs, notamment de Tavel et Lanz, il joue un rôle important dans la pathogénie de la péritonite appendiculaire. Il est vraisemblable que souvent le coli-bacille n'intervient que d'une façon secondaire ; mais il ne tarde pas à prédominer, grâce à sa plus grande vitalité et à l'exubérance de son développement sur les milieux usuels, si bien qu'il donne seul des cultures lorsqu'on vient à ensemencer le pus.

Un autre microbe, plus fragile encore que le strepto- coque, le pneumocoque, a été trouvé dans un de nos cas associé au coli-bacille. Les caractères des cultures, la viru- lence pour la souris, l'existence des capsules, ne sauraient laisser aucun doute sur la nature de ce micro-organisme, qu'on n'est pas accoutumé à rencontrer dans le contenu intestinal. C'est là, croyons-nous, une preuve de la résis- tance beaucoup plus grande du pneumocoque dans les tis- sus vivants que dans les cultures *in vitro*. Nous avons eu, d'ailleurs, l'occasion d'observer un autre exemple de cette résistance : avec le pus fétide d'un grand phlegmon diffus du cou, nous avons eu des cultures pures de pneumocoque : cependant ce pus, examiné sur lamelles, renfermait des microbes très variés comme forme et dimensions (peut- être anaérobies), au milieu desquels le pneumocoque avait survécu.

Enfin, il faut relever encore dans notre tableau l'absence du coli-bacille dans trois cas, dont un pourtant s'accom- pagnait d'une perforation de l'appendice.

En somme, les faits que nous rapportons semblent indi- quer que, dans la péritonite appendiculaire, comme dans les autres lésions où le coli-bacille intervient, ce parasite est souvent aidé dans son action par d'autres microbes qu'il ne tarde pas à masquer ou même à faire disparaître.

Histologie pathologique de 21 cas d'appendicite. — M. Letulle. — Toute appendicite est caractérisée par une folliculite infectieuse, dont les microbes sont des plus variés. Les lésions folliculaires sont circonscrites ou diffuses ; elles peuvent être perforantes, soit vers la cavité de l'in-

testin, soit vers la séreuse péritonéale, soit vers les deux surfaces et constitue alors la variété térébrante la plus complète.

Toute folliculite, même circonscrite, offre une tendance à la diffusion par les voies lymphatiques périfolliculaires. Les lymphangites interstitielles secondaires à la folliculite sont largement centrifuges et souvent d'une manière suraiguë. Elles s'enfoncent successivement à travers la couche sous-muqueuse, les couches musculaires et atteignent souvent le tissu cellulaire sous-péritonéal. La séreuse est dans ce cas rapidement envahie.

La plupart, sinon la totalité des lésions interstitielles subaiguës ou chroniques de la muqueuse, ainsi que des autres couches de l'intestin, y compris le péritoine, s'expliquent par ces diffusions inflammatoires lymphangitiques. Les cas de sténose fibroïde circonscrite de l'appendice relèvent du même processus. L'oblitération complète d'une portion du canal appendiculaire occasionne parfois des désordres secondaires très complexes dans les glandes muqueuses sous-jacentes à l'obstacle (dilatations kystiques, adénomes glandulaires, adéno-carcinomes).

Dans la grande majorité des cas d'appendicites suraiguës *non spécifiques* (c'est-à-dire, ni tuberculeuses, ni typhoïdiques) il s'agit d'une infection lymphatique phlegmoneuse ou gangréneuse, secondaire à une folliculite chronique plus ou moins ancienne.

Il existe, comme on sait, une série d'appendicites *spécifiques* également folliculaires. Deux types, au moins, sont bien établis : l'appendicite tuberculeuse et l'appendicite éberthienne ; elles peuvent devenir aisément perforante. Toute appendicite chronique doit être, *a priori*, soupçonnée de nature tuberculeuse.

Dans une variété de l'appendicite chronique, qu'on appelle *hypertrophique diffuse*, les follicules lymphatiques sont considérablement hypertrophiés, et peuvent arriver à soulever la muqueuse. Les glandes de Lieberkuhn sont souvent aussi hypertrophiées, tandis que les couches musculaires de l'appendice prennent part au même processus d'hypergenèse élémentaire.

D'ordinaire le tissu conjonctif interglandulaire comme intermusculaire est sclérosé. Le péritoine peut pourtant rester libre.

Dans les appendicites chroniques, les atrophies diffuses représentent une façon de lésion terminale plutôt exceptionnelle : la disparition des glandes des follicules et des muscles est suivie souvent d'une adipose interstitielle exubérante plus ou moins généralisée.

L'ensemble des altérations précédentes démontre, pour une part, l'individualité particulière de l'organe appendiculaire. L'anatomie pathologique de l'appendice, ce véritable *cæcum du cæcum*, a quelque chose de spécial qu'on ne retrouve nulle part ailleurs. La structure microscopique de l'organe, sa position, ses nombreuses malformations doivent entrer en ligne de compte, dans l'étude pathogénique de ses lésions inflammatoires.

Appendicite et grossesse. — M. Le Gendre. Une jeune femme, qui avant son mariage avait déjà eu une première crise appendiculaire, eut une nouvelle crise au 5e mois d'une première grossesse. Cette crise guérit sans intervention et la grossesse suivit son cours ; 8 jours avant l'accouchement elle eut une nouvelle crise qu'on prit pour un commencement de travail et qui guérit parfaitement. Une seconde grossesse survint, et au 2e mois elle présenta de nouveaux accidents appendiculaires, puis de nouveaux au 3e mois, accidents qui semblèrent coïncider avec l'époque où la femme aurait dû avoir ses règles si elle n'eût pas été enceinte. Ces crises guérirent, mais l'opération put alors être pratiquée à froid après cette dernière crise, et la guérison survint complète, alors que la grossesse continuait son cours. L'appendice était relevé le long du cæcum, perforé à la base et entouré de fausses membranes.

On peut donc conclure : 1° que la grossesse n'est pas une contre-indication opératoire formelle ; 2° qu'elle peut continuer son cours malgré l'opération ; enfin 3° que les périodes menstruelles favorisent les crises d'appendicite par leurs poussées congestives sur les fausses membranes et les adhérences.

Voici d'autre part ma statistique personnelle d'appendicite.

Sur 25 cas : 1 malade est mort de péritonite aiguë généralisée, il n'avait pas été opéré ; 15 malades non opérés ont guéri, et la guérison remonte à 10, 8, 7, 5, 4, 2 ans, ils n'ont pas eu de rechute, mais ils se sont conformés à suivre depuis leur première atteinte un régime sévère ; 7 malades furent opérés à froid et guérirent, enfin 2 malades opérés en pleine poussée avec péritonite généralisée moururent. Les opérations à froid sont d'une grande bénignité.

Quant au traitement médical, il faut rejeter les purgatifs, et au contraire avoir recours à l'opium, à la diète et à l'immobilisation. Ce traitement médical est d'autant plus indiqué que l'état du tube digestif me paraît être une des causes réelles de l'appendicite ; j'ai toujours vu cette dernière précédée de phénomènes dyspeptiques, liés à des entéro-colites s'accompagnant de stase. Cependant cette cause n'est pas unique, la conformation anatomique particulière de l'appendicite doit être invoquée.

Infantilisme — M. Thibierge présente un cas d'infantilisme sur un homme âgé de quarante ans et qui en paraît quinze ou seize.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 mars 1897. — Présidence de M. Bouloumié, *président.*

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Voisin rappelle qu'il aurait voulu susciter une discussion sur le cas rapporté par M. Brunet, ce cas étant intéressant par le fait que certaines affections hépatiques donnent lieu à des symptômes très ambigus et sont d'un diagnostic difficile.

M. Brunet fait remarquer que dans son observation le diagnostic n'a pu être fait qu'après l'expulsion du tænia.

M. de Grandcourt fait observer qu'il serait difficile de rapporter des cas semblables, celui de M. Brunet est le second, le premier a été observé par M. Letulle, il y a deux ans.

M. Bouloumié croit qu'il ne faut pas s'en tenir aux cas absolument semblables à celui rapporté par M. Brunet ; nombre d'affections nées en dehors du foie, donnant lieu à des symptômes hépatiques, et présentent un intérêt primordial tant au point de vue du diagnostic que du traitement. La question ainsi envisagée mérite qu'on s'y arrête, M. Bouloumié propose de la mettre à l'ordre du

jour de la prochaine séance. La proposition est adoptée.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. de Saint-Germain, membre honoraire de la Société; il fait l'éloge de notre éminent et regretté collègue et propose d'aller présenter à la famille l'expression de la douloureuse sympathie des membres de la Société. (Adopté à l'unanimité).

M. le Président annonce également la mort de M. Dobieszewski (de Marienbad), membre correspondant national; M. Dobieszewski est mort au mois de septembre, mais la Société n'a été informée de son décès que ces jours derniers.

Enfin, M. le Président adresse un salut de bienvenue à M. Baraduc, de Chatelguyon, membre correspondant, qui assiste pour la première fois à la séance.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — *Le Génie Moderne* (n° du 15 mars 1897). — *Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences Médicales de Lyon.* — Lettre d'invitation à la séance de distribution des récompenses de la Société de Tempérance, présidée par M. Motet.

Correspondance manuscrite. — Lettres de remerciements de MM. Frenkel, Bonnet, Mollière et Baraduc, à l'occasion de leur nomination. — Lettre de remerciements de M. Delore, pour le bon accueil fait à sa communication. — Lettres de MM. Planet et Buret, candidats au titre de membres titulaires, et annonçant leurs travaux de candidature pour la prochaine séance. — Lettre de M. le Dr Uchoa Cavalcanti, de Riachao (Brésil), demandant à la Société d'examiner et d'essayer une plante qu'il a découverte au Brésil, et à laquelle il attribue des propriétés curatives du cancer. — Lettre de Mme Dobieszewska, de Marienbad, faisant part du décès de son mari.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Grasset au titre de membre titulaire, présenté par M. le Dr Tissier au nom d'une Commission composée de MM. Cazin, Guépin et Tissier, rapporteur.

M Grasset nous a lu à l'appui de sa candidature, dans la séance du 13 mars dernier, deux observations inédites des plus intéressantes.

La première observation a pour titre : Intoxication iodoformique, susceptibilité individuelle croissante.

Le Dr Grasset nous fait connaître un cas curieux de l'action toxique de l'iodoforme employé à faible dose en usage externe.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, qui, il y a trois ans, à la suite d'une chute, eut l'artère radiale coupée par un tesson de bouteille; on dut faire la ligature : le pansement consécutif fait à la gaze iodoformée saupoudrée de poudre d'iodoforme ne fut suivi d'aucun accident.

Deux ans après, M. Grasset est appelé de nouveau auprès de ce malade tombé de bicyclette : il existe une plaie du coude et du bras, elle est pansée avec la gaze iodoformée; le lendemain le bras est tuméfié avec éruption vésiculeuse, il y a de l'anorexie et un état saburral et nauséeux; des lavages à l'eau boriquée et l'application de compresses à l'eau boriquée remirent tout en état en quelques jours. M. Grasset ne nous dit pas s'il a fait l'expérience du signe de l'argent signalé par Poncet, expérience qui consiste à mettre une pièce d'argent dans la bouche du malade qui ressent immédiatement une saveur alliacée. Nous avons tous observé la plupart de ces symptômes chez les blessés pansés à l'iodoforme et pour ma part j'ai renoncé à l'emploi de l'iodoforme pour ces motifs dans le pansement des chancres mous et aussi parce qu'il est désagréable à un vénérien d'être suivi à la piste.

Ce même malade un an après est blessé à la paume de la main par un tranchet, la plaie est rectiligne et nette, par conséquent sans grande surface d'absorption. Le Dr Grasset fait de nouveau un pansement avec la gaze iodoformée saupoudrée de poudre d'iodoforme; les accidents d'intoxication sont cette fois encore bien plus intenses, il y a des lypothimies, des nausées, des vomissements même, la faiblesse est extrême, le pouls déprimé, les urines sont rares; les iodures alcalins n'ont pas, il est vrai, été recherchés, mais il existe des malades soumis au traitement intus et extra par l'iodoforme chez lesquels l'analyse des urines démontre l'élimination de l'iodoforme par les reins sans que ces malades présentent des symptômes d'intoxication.

Le malade de M. Grasset a guéri en quelques jours par des lavages boriqués et par la substitution de la gaze salolée à la gaze iodoformée.

Cette observation nous montre :

1° L'intolérance progressive de l'iodoforme chez un même individu.

2° Une intoxication des plus intenses à la suite d'une très faible absorption d'iodoforme.

Les phénomènes généraux observés chez le malade de M. Grasset, ne se rencontrent généralement que chez des malades soumis à de larges pansements à l'iodoforme et pansements répétés.

Ce cas clinique méritait donc d'être publié.

La seconde observation lue par M. Grasset, au moins aussi intéressante que la première, a pour titre : *Asymbolie transitoire d'auto-intoxication.*

Il s'agit d'un homme de 35 ans, sans tare héréditaire et de bonne constitution habituelle. Depuis plusieurs années cet homme se plaint de douleurs fréquentes d'estomac, accompagnées de rapports acides. Il exerce un commerce qui lui donne des ennuis et beaucoup de fatigue physique et morale.

Le 15 novembre dernier il se couche de bonne heure, très fatigué, se plaignant d'un grand mal de tête survenu à la suite d'une très grande colère. Sa femme le trouve à 11 heures du soir dans un état d'hébétude très marqué et ne pouvant plus parler.

Le Dr Grasset, immédiatement appelé, résume ainsi son examen : « Lorsque j'arrivai, il somnolait; je le touchai à l'épaule, il s'assit brusquement sur son lit, il ne comprenait ni mes paroles ni mes signes. De temps en temps il s'asseyait sur le lit et regardant alternativement les personnes qui l'entouraient il prononçait sans à propos quelques mots: évidemment, oui, pourquoi, c'est évident; il est à remarquer que ce sont des expressions qu'il emploie fréquemment dans la conversation. »

Circulation, respiration normales, aucun symptôme de paralysie, pas de troubles de la sensibilité ni anesthésie ni hyperesthésie, le malade réagissait bien.

On lui administra l'iodure de potassium en potion, on lui fit prendre un lavement purgatif, au bout de 48 heures tous les symptômes d'aphasie disparurent sans laisser de trace et le malade put reprendre ses occupations habituelles.

En lisant cette observation, dont je donne ici le résumé, je me suis tout d'abord demandé pourquoi ce titre d'*Asymbolie transitoire* et pas celui d'*Aphasie transitoire* généralement employé; je crois que l'observateur a eu raison,

considérant que son malade avait présenté non seulement de l'aphasie motrice (aphémie, agraphie) mais aussi, en détournant le mot aphasie de son étymologie, de l'aphasie sensorielle (surdité verbale, perversion dans la vue), qu'en un mot il avait perdu l'usage de tous les symboles.

En rappelant les affections dans lesquelles on a observé l'aphasie transitoire, le Dr Grasset n'a pas fait mention de la syphilis, ça ne peut être qu'un oubli de sa part, car pour moi c'est dans le cours de cette maladie que j'ai observé le plus grand nombre de cas d'aphasie à répétition.

Chez les malades atteints de ramollissement cérébral, les crises aphasiques ne sont pas rares : une de mes malades intermittentes, âgée de 73 ans, chez laquelle j'ai diagnostiqué, il y a plus d'un an, un ramollissement cérébral à marche lente, caractérisé par la céphalée, des vertiges, des engourdissements dans les membres, surtout dans les pieds aux contractures douloureuses, l'affaiblissement de l'intelligence et surtout la perte de mémoire, a été prise subitement, au mois de janvier dernier, d'une crise d'aphasie qui a disparu au bout de quarante-huit heures, après l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes et l'administration d'un purgatif.

La malade, que j'ai revue il y a quelques jours, est en aussi bon état que possible, mais je ne désespère pas d'être appelé de nouveau auprès d'elle pour une nouvelle attaque d'aphasie, à moins qu'elle ne succombe par hémorrhagie cérébrale.

A la suite de son observation, le Dr Grasset étudie les raisons invoquées dans le mécanisme des aphasies transitoires urémiques et infectieuses signalées par divers auteurs, il cherche si elles ne pourraient s'appliquer à son cas particulier. On admet généralement aujourd'hui que les produits toxiques, microbiens ou autres, agissent soit directement sur les centres nerveux, soit indirectement par l'intermédiaire des vaso-constricteurs en provoquant une anémie cérébrale passagère. M. Grasset, lui, prétend que le mécanisme s'explique tout aussi bien par un effet de vaso-dilatation par hyperhémie cérébrale ; il invoque à l'appui de cette manière de voir ce fait que, chez son malade, l'injection des vaisseaux des conjonctives oculaires pendant l'accès, la céphalée et la somnolence ayant précédé l'attaque, sont en faveur d'une légère congestion d'origine vaso-dilatatrice (vaso-dilatatrice). Suivant les cas, ces deux interprétations sont admissibles.

Cette observation d'un cas très rare, aussi complète dans l'étude des symptômes que dans celle des causes qui l'ont produite, mérite d'être publiée en entier, soit dans les bulletins de notre société, soit dans une revue médicale.

Le docteur Grasset nous a remis en outre de ces deux observations inédites quelques mémoires qu'il a publiés et dont les principaux sont :

1° Etude d'un champignon pyogène parasite de l'homme (1893).

2° Action physiologique de l'eau oxygénée (Société de biologie 1793) ;

3° Le parasitisme dans le cancer (1894) ;

4° Les fièvres gastro-intestinales de la seconde enfance (1896).

En 1894 il a soutenu une thèse inaugurale ayant pour titre : *Etude sur le muguet*, laquelle a obtenu une médaille de bronze à la Faculté.

Le Dr Grasset, licencié ès-sciences physiques, ancien chef adjoint du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, est un travailleur intelligent qui, admis parmi nous, viendra augmenter le nombre de nos jeunes et distingués collègues dont quelques-uns ont déjà produit des travaux remarquables et dont tous soutiendront le bon renom de notre vieille Société.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées. Le vote aura lieu à la prochaine séance.

M. Voisin, à propos du rapport de M. Tissier, demande de faire à la prochaine séance une communication sur un fait intéressant d'intoxication produite par une insufflation d'iodoforme dans la cavité utérine, et ayant déterminé des troubles psycho-sensoriels intenses.

Rapport sur un cas de fracture isolée de l'atlas, présenté par M. Hugues (de Saïda), candidat comme membre correspondant. — M. Jullien. M. le Dr Hugues, médecin de colonisation à Saïda (Algérie), nous a fait parvenir une observation de fracture de l'atlas. Appelé comme médecin légiste à examiner le cadavre d'une femme arabe, morte subitement, après avoir reçu un violent coup de bâton sur la nuque, notre confrère eut la bonne fortune de constater un cas absolument unique.

L'arc postérieur de l'atlas qui nait des masses latérales était détaché de ses insertions par un double trait presque rectiligne à dentelures peu marquées, dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, d'une obliquité de 45°. L'arc, ayant perdu ses points d'attache, avait basculé en tombant pour ainsi dire dans le canal rachidien, tubercule postérieur en bas, et pointes rugueuses en l'air, butté contre les masses articulaires et enclavé dans le petit cercle formé par l'axis. Ainsi se trouva comprimé le bulbe, d'où mort immédiate.

Je laisse de côté les déchirures musculaires et la blessure de l'artère vertébrale, toutes lésions qui s'effacent devant celle que je viens de décrire.

En résumé il s'agit, comme l'indique le titre de cette observation, d'une fracture isolée de l'atlas. Le cas est d'une simplicité peu ordinaire et mérite de fixer toute notre attention.

Les fractures des deux premières vertèbres ont été si rarement observées à l'état simple, que Malgaigne leur refuse une place dans le livre des fractures, il n'en parle qu'à propos des luxations.

Dans son article *Atlas* du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Guyon a étudié avec soin cette question, reprise depuis par tous nos classiques français. En compulsant ces auteurs et m'aidant de l'important *Traité des fractures et des luxations* de Fr. Hamilton, j'ai pu trouver 8 observations de fractures de l'atlas ; mais 6 fois elle s'accompagnait de fracture de l'axis, et dans un seul cas, fort sommairement relaté, l'atlas seul est atteint. Il ne vous paraîtra pas inutile d'entrer dans quelques détails sur ces faits.

1. — South. Atlas fracturé en deux points. Axis : odontoïde fract. à sa base. Survie : 5 jours.

2. — Wynpersee. Balle. Fracture de l'arc antérieur. Axis : odontoïde soudée à un cal.

3. — Gaucher. Homme adulte. Balle. Fracture comminutive. de la masse latérale gauche. Axis : Odontoïde fracturé à sa base. Survie : 9 mois.

4. — Melchiori. Femme de 62 ans. Chute sur le front. Arc postérieur de l'atlas fracturé des deux côtés près des apophyses transverses. Axis : odont. fract. à sa base. Mort immédiat.

5. — May. Homme adulte. Chute sur la nuque. Fract. de

l'arc antérieur. Axis : Odont. fract. à sa base. Survie : quelques semaines.

6. — Philipps. Homme adulte. Chute sur l'occiput. Fract. de l'atlas en travers. Axis : Odont. fract. à sa base. Survie : 47 semaines.

7. — Cline. 3 ans. Chute sur le cou. Fract. de l'atlas en travers. Axis : aucune lésion. Survie : un an.

8. — **Hugues**. Femme arabe. Coup de bâton sur la nuque. Fract. de l'arc post. de l'atlas. Axis : aucune lésion. Mort immédiate.

Mettons d'abord de côté les cas rapporté par South et par Wynpersee comme description de pièces de musée, et dans lesquels l'atlas fracturé transversalement avait entraîné la dent de l'axis; restent 5 observations qui se réduisent à 4 quand nous avons éliminé le cas de Gaucher, où le traumatisme fut direct, produit par une balle de revolver. Ces quatre cas sont ceux de Melchiori, May, Phillips et Cline. Dans tous il s'agit d'une chute, une fois sur le front, et trois fois sur les parties postérieures, cou, nuque, occiput. Or dans tous ces cas, la règle est que la fracture de l'axis accompagne celle de l'atlas, et toujours c'est l'apophise odontoïde qui est détachée, à sa base, du corps de la deuxième vertèbre cervicale, qu'il s'agisse d'une femme âgée de 62 ans, comme dans le cas de Melchiori, ou de l'aliéné de May, ou de l'homme adulte de Philipps, cette apophyse suit toujours l'atlas en son déplacement et se brise au niveau de son point d'implantation. Un seul cas fait exception, celui de Cline, rapporté par Astley Cooper et que je dois transcrire ici.

« Un enfant de trois ans avait fait une chute violente qui avait porté sur le cou. Par suite de cet accident il était obligé de marcher la tête relevée, comme le font les personnes qui portent un fardeau sur la tête; pour regarder en bas, il soutenait le menton avec ses mains, et l'abaissait graduellement jusqu'à ce que ses yeux fussent dans la direction de l'objet. De même, pour regarder en haut, il soutenait la tête par derrière; si on venait tout à coup à le heurter ou à lui faire peur, l'ébranlement lui causait de grandes douleurs, et il était obligé de se soutenir le menton avec les mains et de s'accouder sur une table pour immobiliser la tête. L'enfant vécut dans cet état environ un an, et Cline qui fit l'autopsie, trouva l'atlas fracturé de telle façon que l'apophyse odontoïde de l'axis avait perdu son appui, et était constamment exposée à se déplacer en arrière et à venir comprimer la moelle épinière. »

En fait de fracture isolée de l'atlas, la science en était réduite à ce seul fait. On conviendra que celui que nous apporte aujourd'hui notre jeune confrère de Saïda a une autre valeur, comme authenticité et précision. Quant à épiloguer sur les causes qui président à la production de cette rareté, je ne m'y aventurerai pas. Tout au plus ferai-je remarquer deux circonstances susceptibles d'être mises en relief, d'une part l'extrême violence du traumatisme, un coup de bâton ou plutôt de ces volumineuses matraques que les arabes manient de si terrible façon, fait d'un bois très dur et très pesant, écrit notre auteur, d'autre part l'épaisseur du col de la dent chez cette femme; enfin la malheureuse était dans la position la plus propice, courbée en avant, le tronc plié, la tête rentrée en quelque sorte dans les épaules et distante du sol de 0,50 centimètres.

Résumons-nous : le fait qui fait l'objet de ce rapport mérite de prendre place dans l'histoire, je vous propose de publier *in extenso* le mémoire de M. Hugues, et de faire don de la pièce qu'il nous a envoyée au musée Dupuytren. Je suis tout particulièrement heureux d'avoir eu à vous parler ici de mon jeune ami, M. Hugues, dont j'ai pu apprécier personnellement les grandes qualités. Son éducation médicale a été faite à la faculté de Lyon et s'est terminée par une thèse remarquable sur l'intubation dans la diphtérie. Son caractère est à la hauteur de sa parfaite instruction, et si son goût lui a fait chercher en Algérie un climat enchanteur, il vient de nous prouver qu'il n'abandonnait pas les vrais et féconds sentiers de la science. Et je salue en lui un de nos futurs correspondants qui nous feront le plus d'honneur.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées. Le vote aura lieu à la prochaine séance.

M. P. Vigier. — **Sur le Benzoate de Bismuth** (travail de candidature au titre de membre associé résidant).

Le Président remercie M. Vigier de son intéressante communication. La Commission chargée de l'examen de cette candidature se compose de MM. de Crésantignes, Dehenne, et Villeprand, rapporteur.

M. Mourao-Pitta, médecin en chef de l'hôpital de Funchal. — **Deux mots sur Madère**, (*sera publié*).

M. le Président remercie M. Mourao-Pitta au nom de la Société, pour son très intéressant travail. La Commission chargée de l'examiner est composée de MM. Millée, Guépin et Leudet, rapporteur.

M. Baraduc. — **Traitement des dyspepsies anachlorhydriques par la galvanisation du pneumo-gastrique** (2e communication, *sera publié*).

M. le Président annonce à la Société qu'il a reçu de deux membres titulaires une demande en vue de soumettre au Conseil d'administration le cas d'un membre correspondant de la Société. Le renvoi au Conseil d'administration est adopté.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Le secrétaire : Brossard.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1897. — Présidence de M. Delens.

M. Delens donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. de Saint-Germain au nom de la Société de chirurgie.

Extirpation des kystes hydatiques du foie par la méthode de Lannelongue. — M. Monod démontre anatomiquement la possibilité de pratiquer la thoracotomie inférieure sans intéresser la plèvre d'après les rapports de celle-ci avec la paroi thoracique cartilagineuse.

Amputation de Syme. — M. Kirmisson fait un rapport sur un travail de M. Potherat. On reprochait au procédé de Syme de constituer une sorte de capsule facilitant la stagnation du pus et parfois entraînant des craintes de gangrène. Mais il faut reconnaître que ce procédé donnait un lambeau dont la peau était en contact avec le sang et présentait toutes les qualités nécessaires pour résister au poids du corps.

M. Potherat a consacré son travail à la défense de ce procédé. Il passe rapidement sur la proposition d'Ollier de conserver le périoste et les parties molles de la gouttière calcanéenne, et croit qu'il n'est pas nécessaire de prolonger

l'opération pour ce mince avantage de conserver le périoste Le mémoire est fondé sur l'histoire de quatre malades. Deux amputés pour lésions tuberculeuses du pied sont morts ultérieurement de tuberculose ; un troisième, opéré pour un traumatisme, guérit ainsi que la quatrième qui était une femme atteinte d'ostéo-sarcome.

Si l'on peut conserver du calcanéum, je pense qu'il sera préférable de pratiquer l'opération de Pirogoff plutôt que le Syme.

M. Berger. C'est surtout dans les affections tuberculeuses du pied que l'on trouve les indications du Syme ou du Pirogoff lorsque les tarsectomies postérieures ne sont plus possibles. J'ai fait beaucoup de Pasquier-Lefort ou Pirogoff, j'ai eu de bons résultats, mais aussi de mauvais, qui m'ont entraîné à faire secondairement une tibio-tarsienne. Je suis revenu à l'amputation de Syme, qui ne m'a pas donné des résultats supérieurs à ceux du Pirogoff. La manœuvre de décortication d'Ollier n'allonge pas beaucoup l'opération et me paraît utile en protégeant le paquet vasculo-nerveux.

M. Ledentu. J'ai fait bien souvent le Pasquier-Lefort qui m'a donné les meilleurs résultats, sans qu'il ait été besoin de fixer le fragment osseux par quelque procédé que ce soit.

M. Jalaguier. J'ai fait deux fois le Syme, une fois pour un traumatisme, une autre pour une tuberculose des os du tarse. Ce dernier surtout a été suivi du plus parfait résultat.

Rupture totale ancienne du moyen adducteur de la cuisse. — Suture. — Guérison. — Présentation du malade par M. Delorme.

Perforation de la cavité palatine. — Oblitération par lambeau de la joue et de la lèvre. — Guérison. — Présentation du malade par M. Delorme.

Coup de couteau au niveau du tiers supérieur de l'humérus. — Section du radial. — Suture des deux bouts. — Retour de la sensibilité pendant quinze jours. — Pulvérisation et guérison. — Présentation du malade par M. Gérard Marchand.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Posologie infantile. — Digitale. — Tonique du cœur, diurétique.

1° *Poudre de feuilles de digitale*, s'emploie en macération dans l'eau.

De 6 à 15 mois.....	0 gr. 01 à 0 gr. 05 par jour.
De 15 mois à 3 ans.....	0 — 05 à 0 — 10 —
De 3 à 5 ans.....	0 — 10 à 0 — 20 —
De 5 à 10 ans.....	0 — 20 à 0 — 30 —

La macération, bien supérieure à l'infusion, s'opère par le séjour 12 ou 24 heures de la dose quotidienne de poudre dans 60 ou 100 grammes d'eau froide. — Passez dans un linge fin et donnez en une fois. — Ne pas prolonger la médication au-delà de cinq jours.

2° *Teinture de digitale.*

De 6 à 15 mois.....	I à III gouttes par jour.
De 15 mois à 3 ans.....	III à X — —
De 3 à 5 ans.....	X à XV — —
De 5 à 10 ans.....	XV à XX — —

3° *Sirop de digitale.*

De 0 à 2 ans.....	Abstention.
De 2 à 5 ans.....	5 à 10 grammes par jour.
De 6 à 10 ans.....	10 à 30 — —

4° *Digitaline cristallisée.* Ne s'emploie pas au-dessous de 5 ans. De 5 à 10 ans, on pourra donner X à XII gouttes de la solution au 1/1000, ce qui fait 1/5 ou 1/4 de milligr. de digitale cristallisée.

Fer. — Spécifique de la chlorose, il ne devint donc utile qu'aux approches de la puberté. Il ne convient pas à la première enfance, comme l'a dit M. J. Simon. Pourtant les Français administrent l'iodure de fer aux scrofulo-tuberculeux, et les Allemands prescrivent les préparations ferrugineuses aux hérédo-syphilitiques, même lorsqu'ils sont âgés de moins de deux ans. Il n'est pas prouvé que ces deux pratiques soient utiles.

1° *Protoxalate de fer.* La meilleure préparation quand il s'agit de traiter la chlorose.

De 0 à 15 mois.....	Abstention.
De 1 an à 2 ans.....	0 gr. 01 à 0 gr. 05 par jour.
De 3 à 5 ans.....	0 — 05 à 0 — 15 —
De 5 à 10 ans.....	0 — 15 à 0 — 25 —

2° *Iodure de fer.* On emploie surtout le *sirop d'iodure de fer* aux doses suivantes :

De 0 à 1 an.....	Abstention.
De 1 an à 2 ans.....	5 à 10 grammes par jour.
De 2 à 5 ans.....	15 à 30 — —
De 5 à 10 ans.....	30 à 60 — —

3° *Tartrate ferrico-potassique.* — La plus soluble des préparations de fer.

De 0 à 1 an.....	Abstention.
De 1 à 2 ans.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour.
De 2 à 5 ans.....	0 — 20 à 0 — 50 —
De 5 à 10 ans.....	0 — 50 à 1 gramme. —

4° *Hémoglobine soluble.*

De 1 à 2 ans.....	0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour.
De 2 à 5 ans.....	0 — 50 à 1 gramme. —
De 5 à 10 ans.....	1 à 2 grammes.

Huile de ricin. — Purgatif.

De 0 à 6 mois.....	2 à 4 grammes par jour
De 6 à 15 mois.....	4 à 6 — —
De 15 mois à 3 ans.....	6 à 8 — —
De 3 à 5 ans.....	8 à 15 — —
De 5 à 10 ans.....	15 à 20 — —

Pour les très jeunes enfants, on doit la prescrire en émulsion :

Huile de ricin.....	} ää 1 gramme
Eau de mélisse poivrée...	}
Eau commune.....	2 parties
Jaune d'œuf.....	n° 1.

Voici un autre moyen de préparer l'émulsion : versez la dose d'huile de ricin dans 20 à 30 grammes de lait ; chauffez en remuant avec une cuiller. Quand l'émulsion est produite, édulcorez avec du sirop de fleurs d'oranger.

(*Journal des praticiens*).

VARIÉTÉS

L'affaire Thomson.

L'affaire Thomson s'est terminée lundi soir, après sept longues journées d'audience, par la condamnation des Drs Boisleux et de Lajarrige à cinq années de réclusion.

à peine paraîtra sévère ; la plupart de nos confrères pensent que le jury, ne voyant pas de preuves suffisantes de culpabilité, préférerait courir le risque d'acquitter des coupables que de condamner des innocents ; puis nos coutumes judiciaires, il faut le reconnaître, sont plutôt favorables aux accusés, en dehors de cette effroyable mesure de la détention préventive. Après les témoins à charge, le jury entend les témoins à décharge qui, dans le cas actuel, semblaient avoir atténué largement le déplorable effet produit par les premiers ; après la réquisition de l'avocat général, les avocats ont toute latitude pour combattre ses conclusions et vanter les vertus des prévenus. Mais ici cela n'a servi à rien ; le jury avait évidemment son siège fait ; après les débats, il a délibéré pendant quelques minutes à peine et ses réponses ont été affirmatives sur toutes les questions, mitigées seulement par l'admission de circonstances atténuantes.

Et cependant de Lajarrige n'avait rien à son passif, que le fait ; aucun témoin à charge n'avait déposé contre lui. Boisleux n'était point dans le même cas et l'accusation avait beau jeu, mais d'autre part, ce qui semblait ressortir de ces débats, c'était l'inconscience de ce malheureux, opérant n'importe quoi et n'importe qui comme un manœuvre. Il est tout à fait inexcusable d'avoir opéré une femme qu'il ne connaissait nullement, sur laquelle il n'avait fait aucune espèce d'examen, d'avoir fait un curettage pour une métrite qu'il n'avait point vue, que personne même n'avait constatée. Cela montre assurément des habitudes déplorables ; mais d'autre part, s'il avait voulu pratiquer un avortement criminel, chose bien simple et à la portée de la plus ignare sage-femme, aurait-il employé cette singulière méthode du curettage et surtout aurait-il fait cela presque publiquement, en prenant pour aides, entre autres, sa cuisinière et son cocher ?

La sévère condamnation de Boisleux et de Lajarrige provoquera une certaine pitié pour eux dans le corps médical, qui ne leur était certainement pas, en majorité, favorable ; mais à qui la faute si cette peine a été prononcée ? Cela montre d'abord une sorte d'affolement parmi les douze jurés, très ignorants des choses de la médecine, et sur lesquels la presse politique, généralement très défavorable aux accusés, a peut-être eu une grande influence ; mais cela peut bien tenir en partie aussi aux amis des accusés eux-mêmes. Les avocats de Boisleux ont eu une attitude particulièrement provocante, qui contrastait singulièrement avec celle de leur client ; non seulement ils ont fait de Boisleux un grand chirurgien, un grand savant méconnu, découvrant même des microbes ; ils ont, en outre, cherché à jeter le discrédit sur M. Brouardel, puis sur les médecins et chirurgiens des hôpitaux, et par suite sur tout le corps médical, en exposant des statistiques que nous n'avons pas sous les yeux, mais qui nous paraissent avoir été bien fantaisistes. Puis, les amis personnels qui étaient dans l'auditoire, paraît-il, en très grand nombre, applaudissant d'abord les moindres déclarations favorables aux prévenus, n'ont-ils pas trop cherché à peser sur l'esprit de ces jurés qu'ils devaient insulter ensuite ?

Boisleux et de Lajarrige se sont pourvus en cassation et il est possible que ce procès recommence, mais nous voudrions dès maintenant tirer une morale de cette déplorable histoire : Il y a, à Paris, tout un groupe de confrères généralement instruits, laborieux, d'un mérite réel, mais qui ne croient pas avoir une situation en rapport avec ce mérite et qui font constamment à ce qu'ils appellent *les officiels*, c'est-à-dire aux médecins et chirurgiens ayant acquis une haute situation à force de concours et de travail, une guerre acharnée. Ils ont semé le vent, et la tempête est venue ravager leurs rangs. Cette triste affaire Thomson offrirait, au moins, une légère compensation, si le corps médical, décrié ces temps-ci, surtout par sa faute, y voyait une raison d'élever un peu plus haut ses sentiments de confraternité.

A. CHEVALLEREAU.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Examen professionnel des médecins. — Limitation de la scolarité des étudiants.

L'Association des médecins de la Gironde avait chargé son Bureau de préparer la formule des vœux à présenter à Paris, relativement aux questions discutées dans la séance du 14 février.

Voici la rédaction qui a été adoptée et qu'il nous paraît utile de porter à la connaissance de tous :

Nous ne pouvons nous dissimuler que la Corporation médicale traverse un moment difficile. Le public, en méfiance à son égard, relève âprement ses moindres défaillances, et n'est pas loin de la rabaisser au niveau de celles où l'appât du gain est le stimulant normal et suffisant.

Or, le jour où l'on croirait qu'il n'est qu'un commerçant comme les autres, mettant au-dessus de toute considération le désir intense de faire fortune, ce jour-là, le médecin, méprisé et livré à toutes les roueries de la concurrence, ne devrait plus compter sur l'estime qui fait sa force. Il deviendrait rapidement la proie du marchandage et de l'avilissement.

Et ce serait justice ! Car il n'est pas juste de conserver le prestige acquis par plusieurs siècles d'honorabilité lorsqu'on a rompu avec la tradition.

Autrefois, — et naguère — la profession médicale était considérée comme une sorte de sacerdoce, en même temps que l'exercice d'un art bienfaisant. On voulait le médecin honnête homme autant que savant.

Tel on le trouve encore assurément dans la grande majorité des cas. Mais le monde commence à croire que plusieurs, surtout dans la sphère des grandes villes, ont jeté par-dessus les moulins le vieux bonnet des ancêtres pour se livrer au sport effréné de la fortune. S'il en est ainsi, quelques-uns réussiront, sans doute ; mais combien resteront en route, meurtris, épuisés, hors de combat ! Et l'on se demande avec anxiété ce que sera la génération prochaine, si quelque changement heureux n'est survenu.

Que faire en présence d'une telle perspective ?

D'abord opérer une sélection dans le recrutement du personnel, et lui donner une préparation morale plus complète.

Pour cela, il faudrait rendre l'obtention du diplôme plus difficile par des épreuves ou des mesures éliminant tout sujet notoirement médiocre, et l'empêchant d'arriver au but, de guerre lasse, comme on le voit aujourd'hui, malgré un nombre indéterminé d'ajournements.

Il faudrait assurer l'enseignement des droits et des devoirs du médecin, afin d'élever autant que possible le niveau moral des jeunes praticiens.

Il faudrait n'ouvrir la carrière qu'après un examen pro-

fessionnel, comme cela existe chez quelques nations voisines, et comme la Faculté de Bordeaux le demande pour les pharmaciens. Cet examen porterait notamment sur les lois concernant l'exercice de la médecine et sur un Code de déontologie dont le texte serait préalablement adopté pour tout le territoire français.

Dans notre pensée, cet examen, indépendant du doctorat, et donnant seul *licence de pratique*, devrait être passé devant un jury composé, en majeure partie, de médecins pris en dehors du corps enseignant.

Pour ces motifs, l'Association des médecins de la Gironde émet les vœux suivants :

« 1° Que, dans chaque Faculté, on enseigne la déontologie en même temps que la législation sur l'exercice de la médecine ;

« 2° Que l'étudiant qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens, ou qui aura subi une condamnation infamante, ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales ;

« 3° Que ce titre universitaire de docteur ne donne pas droit à exercer la médecine ; mais que ce droit soit conféré aux docteurs en médecine de nationalité française et n'ayant encouru aucune condamnation, par un *jury professionnel* composé d'un certain nombre de médecins pris en dehors du corps enseignant et présidé par un professeur de la Faculté. L'examen devant ce jury devra porter sur des questions de pratique, sur la législation médicale et sur la déontologie. »

NOUVELLES

Société française de tempérance. — La Séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme (Société Française de Tempérance) a eu lieu le dimanche 28 mars, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Dr A. Motet, membre de l'Académie de Médecine, dans la salle des conférences de l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Après avoir entendu le discours de M. le Dr Motet, le compte-rendu annuel du Dr E. Philbert, secrétaire général ; une conférence sur l'Enseignement anti-alcoolique en France, par M. Marillier, il a été procédé à la distribution des récompenses : 3 médailles d'argent, 21 diplômes d'honneur, 46 diplômes d'associés honoraires, 20 rappels de médailles de bronze, 524 médailles de bronze, 651 témoignages de satisfactions.

Banquet Napias. — Les amis de M. Napias lui offriront un banquet, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, le vendredi 9 avril, au Grand-Hôtel, à sept heures et demie.

Adresser les adhésions à M. le Dr Philbert, 34, boulevard Beaumarchais.

Journaux de médecine. — Nous recevons les premiers numéros de *La Médecine infantile*, journal mensuel publié à Paris par le Dr E. Périer.

Cours d'hygiène sociale professé à l'Hôtel de Ville (salle des Prévôts), par le Dr A.-J. Martin. — Sujet du cours : *L'hygiène et l'alimentation des travailleurs.* — La conférence pratique du 4 avril aura lieu à 9 h. 1/2 du matin à la Clinique nationale ophtalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts, 13, rue Moreau et 28, rue de Charenton.

— Entendu par le Dr Bimsenstein à la consultation du Bureau de Bienfaisance :

— Pour quelle maladie êtes-vous soignée?

— Pour une bronchite *Paul Muller* ! (pulmonaire).

Nécrologie. — Le Dr Odent, de Montrouge (Seine), décédé à l'âge de 43 ans. — Le Dr de Chammard, de Tulle. — Le Dr Delahaye, d'Hery (Yonne), reçu en 1886. — Le Dr Navault, de Vichy, décédé brusquement à l'âge de 54 ans.

La mortalité à Paris. — Pendant la douzième semaine, du 20 au 27 mars 1897, le service de la statistique a compté 982 décès, chiffre un peu supérieur à celui de la semaine dernière, 957 est presque identique à la moyenne 1.006.

Les maladies épidémiques sont plus rares (43 au lieu de 49 et de la moyenne 64), la fièvre typhoïde 4 décès au lieu de 5 et de la moyenne 19, la scarlatine 1 au lieu 2 et de la moyenne 3, la coqueluche 1 au lieu de 11 et de la moyenne 10, la diphtérie 3 au lieu de 8 et de la moyenne 24 sont toute en diminution, la rougeole seule subit une aggravation assez considérable, 34 décès au lieu de 21 et de la moyenne 17, les arrondissements les plus atteints sont le XIe (6 décès), le XVIIIe et le XIXe (chacun 5 décès).

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 39 décès au-dessous de 1 an au lieu de 27 et de la moyenne 35.

En outre 30 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 133 décès (au lieu de 147 pendant la semaine précédente et au lieu de 191, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë. 18 décès (au lieu de la moyenne 28) ; bronchite chronique 21 décès (au lieu de la moyenne 46) ; bronchopneumonie, 51 décès (au lieu de la moyenne 50) ; pneumonie 43 décès (au lieu de la moyenne 67). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 32 décès, dont 16 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 106 décès au lieu de la moyenne 217 ; la méningite tuberculeuse, 23 décès ; la méningite simple, 29 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 23 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 63 décès, et les maladies organiques du cœur, 65 ; le cancer a fait périr 61 personnes. Enfin, 42 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 24 suicides, et 14 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 461 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.165 enfants vivants (598 garçons et 567 filles), dont 343 légitimes et 322 illégitimes. Parmi ces derniers, 47 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 351 enfants, dont 12 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 93 seront nourris au sein et 258 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 139 mort-nés (dont 103 légitimes et 36 illégitimes).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. — Farine Vigier, *ne constipant pas.*

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*